Aus der Ohrenabtheilung der Kgl. Universitätspoliklinik,
Abtheilung für Ohrenkrankheiten.
Vorstand: Docent Dr. Haug.

# Beitrag zur Casuistik
des
# Herpes zoster palati duri duplex.

---

Inaugural-Dissertation
zur
**Erlangung der Doctorwürde**
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
verfasst und
einer hohen medizinischen Fakultät
der
**K. b. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München**
vorgelegt von

**Karl Wäldin**
aus Landau i. d. Pfalz.

(Sonder-Abdruck aus dem Archiv f. Laryngologie. 7. Bd. 2. u. 3. Heft.)

**München 1897.**

Referent: Herr Generalarzt Prof. Dr. Angerer.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Dem Andenken meiner lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553807_0106

Fälle von Herpes der Mund- und Rachenhöhle, besonders, wo die Affection nur den harten Gaumen betrifft, finden sich in der Literatur nur in beschränkter Anzahl.

Nach Ziemssen[1]) finden sich Herpesbläschen häufiger an der Uvula und am Gaumensegel, als an den übrigen Theilen der Mundhöhle, am seltensten an den Tonsillen. Fast regelmässig findet sich gleichzeitig Herpes der Lippen, seltener Herpes an der äusseren Gesichtshaut.

Eichhorst[2]) beschreibt die Affection unter dem Namen Angina herpetica und erwähnt das gleichzeitige Auftreten von Herpes facialis, praeputialis und laryngis. Er beobachtete einmal in Göttingen periodisches Auftreten.

Von Mackenzie[3]) wird ein Fall von Tardien[4]) erwähnt, wo mehrere Jahre Herpes des Rachens mit Herpes praeputii abwechselte, ferner citirt derselbe Autor die Angaben von Gubler[5]) und Peter[6]), die ein Zusammentreffen von Herpes tonsillarum mit Herpes vulvae beschreiben.

In einem Falle von Grognot[7]) fanden sich Herpesbläschen an der linken Seite des Gaumensegels, am Zäpfchen, im Rachen und an den Arykuorpeln. Heilung in fünf Tagen ohne Bildung pseudomembranöser Exsudationen.

---

1) Ziemssen, Handbuch der spec. Path. u. Ther. VII. Bd.
2) Eichhorst, Handbuch der spec. Path. u. Ther. 1. Bd.
3) Mackenzie, Die Krankheiten des Halses und Rachens.
4) Tardien, Manuel de Pathol. int. 1857.
5) Gubler, Mémoire sur l'Herpes guttural. Union méd. Jan. 1858.
6) Peter, Dictionn. des Scienc. méd. Vol. IV. p. 715.
7) Grognot, Centralbl. f. Laryng. u. Rhinol. 1885.

Wiederholte Anfälle von Herpes des weichen Gaumens beobachtet Salomon Solis Cohen[1]) bei einem nervösen Manne.

Nach den Berichten des Hamburger Krankenhauses[2]) fanden sich bei Influenza in 25 pCt. Herpes, davon 20 pCt. während des Fieberverlaufs, 80 pCt. nach der Entfieberung.

In der medicinischen Klinik zu Würzburg wurde bei Influenza Herpes in 6 pCt. beobachtet[3]).

Kahn[4]) beschreibt 2 Fälle von Herpes gutturalis palati duri während der Influenzaepidemie in Würzburg.

1. Fall. Eine 42jährige Patientin, die wahrscheinlich 14 Tage vorher Influenza durchgemacht hatte, klagte über Schmerzen und Brennen am Zahnfleisch der oberen Schneidezähne und am Gaumen. Gesicht und Lippen waren frei von Herpes. An der linken Fläche des harten Gaumens, nahe an die Mittellinie heranreichend, finden sich oberflächliche, dicht aneinanderstehende, nahezu kreisrunde Erosionen, die aus Bläschen hervorgegangen zu sein schienen. Sie erstrecken sich bis in die Fläche des weichen Gaumens hinein. Auch am Zahnfleisch der linksseitigen oberen Schneidezähne lassen sich solche Erosionen nachweisen.

Diagnose: Herpes gutturalis palati duri.

2. Fall. Ein 23jähriger Cand. med. bemerkte seit 5 Tagen Unebenheiten an der linken Hälfte des harten Gaumens beim Ueberstreichen mit der Zunge, seit 3 Tagen Schmerzen beim Genuss heisser Speisen. Gesicht und Lippen waren frei von Herpes. Oberflächliche Erosionen, in Gruppen an einem Stiel angeordnet, machen den Eindruck, als ob sie aus Bläschen hervorgegangen wären. Diese Erosionen dehnen sich von 2 cm hinter den Schneidezähnen beginnend, bis nahe an den Rand des weichen Gaumens aus, überschreiten aber nirgends die Mittellinie.

Diagnose: Herpes palati duri.

In beiden Fällen war die geringe Störung des Allgemeinbefindens auffallend.

Nach Moritz Schmidt[5]) dem auch die zunächst folgenden Ausführungen entnommen sind, kommt eine ganze Anzahl von Hauterkrankungen in den oberen Luftwegen vor, allerdings manchmal in etwas verändertem Aussehen. Unter ihnen zählt der Herpes zu den am häufigsten vorkommenden Erkrankungen. Schmidt glaubt, dass unter dem Begriff Herpes mehrere verschiedene Processe vereinigt werden, von denen er aber keine andere Unterscheidungsmerkmale angeben kann, als dass die einen auf nervösen, die anderen auf bakteriellen Ursachen zu beruhen scheinen. Er unterscheidet 2 Formen von Herpes, den acuten und den chronischen mit acuten Nachschüben.

---

1) Cohen, Internat. Centralbl. f. Laryng. u. Rhinol. 1885.
2) Deutsche med. Wochenschr. 1890.
3) Intern. klin. Rundschau. 1890. No. 16.
4) Ebenda.
5) Moritz Schmidt, Krankheiten d. oberen Luftwege.

Der acute Herpes ist meistens mit der gleichen Erkrankung am Lippenrande verbunden. Er tritt mit einem recht heftigen Fieber auf. In wenigen Stunden erreicht das Fieber 40—41°. Nach 6—12 Stunden fällt die Temperatur ab, es tritt ein leicht brennender Schmerz an den Lippen auf, dem eine umschriebene Röthe an einer oder mehreren Stellen folgt, auf der Bläschen entstehen mit anfangs wasserhellem, später trübem Inhalt; nach einigen Tagen trocknet das Bläschen allmählich ein, es bildet sich ein Schorf, der, wenn er nicht gestört wird, nach 8—14 Tagen abfällt. Es scheint diese Form die echteste Erkältungskrankheit zu sein. Ausserdem sind unter den Ursachen des Lippenherpes auch acute fieberhafte Krankheiten zu nennen, wie Pneumonie und Typhus. Gleichzeitig mit der geschilderten Lippenerkrankung, mitunter auch schon vorher oder gewöhnlich nachher, zeigen sich dieselben Bläschen im Munde, an der Zunge, am weichen, selten am harten Gaumen, auf den Mandeln, noch seltener im Schlunde oder am Kehldeckel. Mitunter ist aber auch eine solche Blase am Kehldeckel die einzige Localisation. Die Bläschen auf der Schleimhaut bestehen nicht so lange, wie auf der Haut, das abgehobene Epithel macerirt in der feuchten Wärme rasch, die Blase platzt und hinterlässt einen gelben, mitunter etwas blutigen Fleck, der am 2. Tag gewöhnlich schon weissgelblich ist. Dieser Belag löst sich nach und nach und hängt nachher, wie eine Membran auf der Schleimhaut, dann stösst er sich ganz los und die Stelle heilt ohne Narbe. Die vertieften Stellen sind meist mit scharfem Rande versehen, wenigstens bis zur Abstossung der kleinen nekrotischen Membranen und finden sich entweder einzeln oder in Gruppen vereinigt, wie beim Herpes zoster auf der äusseren Haut. Bohn[1]) erwähnt, dass der Zoster auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege, sowie der Geschlechtsorgane nicht so selten sei; der Herpes praeputialis, den er auch hierher rechnet, sei ja die bekannteste Krankheit. Ferner geselle sich zu dem im Trigeminusgebiet vorkommenden Zoster öfter ein solcher der Wangen, des Zungenrandes und des Zahnfleisches, selten des Gaumens, der Uvula und der Mandeln.

Von einigen Autoren, u. a. von Gottstein[2]) wird ja der gewöhnliche Herpes ebenfalls auf eine Nervenerkrankung zurückgeführt, weil er immer nur einseitig vorkomme. Auch doppelseitige Bläschenausbrüche, wie sie von Schmidt beobachtet wurden, sprechen nicht gegen die erwähnte Ansicht, da auch der Zoster der äusseren Haut, wenn auch selten, doppelt vorkommt. Gerhard[3]) erklärt die Entstehung des Herpes labialis durch eine geringe Schädigung, welche die Trigeminusäste in ihren engen Knochenkanälen durch die Füllung der sie begleitenden Arterien erleiden

Der chronische Herpes verläuft anders. Solche Kranken leiden ihr Leben oder doch sehr viele Jahre lang an beständig wiederkehrenden Herpeseruptionen, die sich in einzelnen oder mehrfachen Bläschen äussern.

---

1) Schmidt, Krankheiten d. oberen Luftwege.
2) Ebenda.
3) Gerhard, Centralblatt f. Chirurgie. 1867.

Gewöhnlich geht auch dieser Eruption ein gelinder, oft nur sehr kurz dauernder Frost voran, meistens ist es aber so, dass der Kranke merkt, dass wieder ein Ausbruch stattgefunden und sich dann erinnert, dass er im Laufe des Vormittags z. B. einen Augenblick gefroren habe. Oft sind es dann nur kleine Bläschen auf oder neben der Zunge. Ein Patient Schmidt's[1]) hatte sie vorwiegend an den Gaumenbögen und dem Kehldeckel, oft konnte man sie bei ihm auch auf den Stimmbändern sehen. Ein anderer hatte sie sein ganzes Leben hindurch bis in sein 80. Lebensjahr ebenfalls wiederholt im Kehlkopf, an den Taschen- und Stimmbändern, gewöhnlich aber nur in der Pars oralis. Diese Form macht zuweilen Pausen von Jahren, doch sind Fälle von definitiver Heilung noch nicht beobachtet worden. Man hat beobachtet, dass besonders der chronische Herpes in Folge von neurasthenischen Einflüssen entstehe. Andere beschuldigen Verdauungsstörungen, noch andere Neigung zur Erkältung. Die Aetiologie dieser chronischen Form scheint noch nicht genügend aufgeklärt zu sein. Vielleicht darf man einen bakteriellen Ursprung annehmen.

Eine besonders dem Herpes sehr ähnliche Form ist von Heryng beschrieben worden, das Ulcus benignum. Es gleicht fast ganz einer grossen Herpesblase, ist also fast ausschliesslich solitär und sitzt immer auf dem vorderen Gaumenbogen, nahe dem unteren Ende, oder etwas höher. Für diese Form hat Heryng die Ursachen in Streptokokken gesucht.

Die subjectiven Beschwerden bestehen bei allen Herpesformen fast nur in Schmerzen und in etwas vermehrter Salivation. Die Schmerzen können bei beiden Formen so stark sein, dass die Sprache und die Nahrungsaufnahme erschwert sind. Sobald einmal eine reichlichere Granulation der wunden Stellen eingetreten ist, lassen die Schmerzen nach.

Als ätiologische Momente werden von Schech[2]) rheumatische Zustände, Muskel- und Gelenkrheumatismus angegeben, acuter Nasenkatarrh, Influenza und Pneumonie, ferner Reize, welche die Lippen und die Mundhöhle treffen, besonders scharfe, gesalzene Speisen, stark gebeizte Cigarren etc.

Schech unterscheidet Herpes labialis und pharyngis.

Der Herpes labialis sitzt mit besonderer Vorliebe an der Uebergangsstelle ins Lippenroth, bald auf der Oberlippe, bald auf der Unterlippe, bald auf beiden zugleich. Er bildet stecknadelkopfgrosse bis erbsengrosse Bläschen mit wasserhellem Inhalt, die sich nach einigen Tagen trüben. Die Bläschen finden sich, wie Güterbock[3]) angiebt, stets im Gebiete des Trigeminus, seltener der Chorda, niemals ist der Hypoglossus oder Glossopharyngeus betheiligt. Die Zunge ist mit kleinen oder grösseren Gruppen von Bläschen besetzt, welche bald eintrocknen, meist finden sie sich auch am Zahnfleisch, harten und weichen Gaumen.

Der Herpes des Pharynx ensteht durch Erkältung, Uterinleiden und

---

1) Schmidt, Die Krankheiten d. oberen Luftwege.
2) Schech, Krankheiten d. Mundes und Rachens.
3) Zeitschrift für Chirurgie. XXII. und XXIII.

Gemüthsaffectionen. Er wird von Schech weiter unterschieden in Herpes gutturalis, Angina herpetica und Angine couenneuse.

Die Angina herpetica ist nach Herzog[1]) nicht contagiös, sie beginnt mit Kopfschmerz, Trockenheit der Mund- und Rachenschleimhaut, Fieber und Allgemeinerscheinungen. Letztere, sowie das Fieber lassen gewöhnlich am 3. Tage, selten am 2. Tage nach. Es bleiben nur noch Appetitlosigkeit und Schlingbeschwerden bestehen. Die Untersuchung ergiebt Röthung, Schwellung, nur kurze Zeit wasserhelle, dann gelblichweisse, nicht vollkommen rundliche Flecke mit hellem Centrum in Gruppen vereinigt auf der Schleimhaut stehend. Jede einzelne Efflorescenz ist von einem gezackten, dunkelrothen Saum begrenzt und erscheint von dem benachbarten durch die entzündete Schleimhaut getrennt. Dieselben Efflorescenzen können aber auch auf den Gaumenbögen derselben Seite, auf der Uvula und in seltenen Fällen auf der hinteren Rachenwand oder auf beiden Seiten des Rachens vorkommen. Im weiteren Verlauf von 24—36 Stunden platzen die Bläschen und an ihrer Stelle entstehen Ulcerationen, die sich nach 2—4 Tagen reinigen und nach 8—10 Tagen in Heilung übergehen.

Auch Complicationen können im Gefolge von Angina herpetica auftreten. Die herpetischen Ulcerationen können unter Umständen sehr in die Tiefe greifen und selbst zur Perforation führen, wenn sie auf dem Gaumenbogen oder der Uvula sitzen. Ein solcher Fall wurde von Favette auf der Krankenabtheilung des Professor Potain in Paris beobachtet und in einer Dissertation beschrieben. Auch sind Fälle, die aus der Literatur bekannt sind, von Wagner[2]) veröffentlicht worden, wo Herpes Ulcerationen verursachte, die bis auf den Knochen reichten.

Weiter kommt die Bildung von Pseudomembranen in Betracht. Wir sehen im Rachen inselförmige, bald grössere, bald kleinere weissgelbe Plaques, welche stets von dem den Herpesbläschen eigenthümlichen rothen Saum umgeben erscheinen und auf allen jenen Schleimhautpartien vorkommen, wo Herpesbläschen sich bilden können. Dieselben sind nie mit den unterliegenden Theilen verwachsen oder verfilzt, sondern lassen sich in der Regel nur mit dem Charpiepinsel entfernen. Diese Pseudomembranen stossen sich in kurzer Zeit ab und die Heilung der Krankheit geht rasch vor sich.

Die wichtigsten Complicationen bilden die nach Angina herpetica vorkommenden Paralysen, welche direct auf den neuropathischen Ursprung des Herpes überhaupt hinweisen.

Herzog erwähnt 3 Fälle:

1. M. G. hatte sich der Zugluft ausgesetzt, fühlte am Abend heftige Kopfschmerzen und Müdigkeit. In derselben Nacht noch trat ein Schüttelfrost mit nachfolgender Hitze ein. Am nächsten Tage steigerten sich die Beschwerden noch, es trat Trockenheit im Munde auf. Am folgenden Tag liessen der Kopfschmerz und das Fieber nach, es waren nur noch Brennen im Halse, Schlingbeschwerden

1) Pester med. chirurg. Presse. 1880.
2) Arch. für Heilkunde. XI.

und vermehrte Speichelsecretion vorhanden. Der ganze Isthmus faucium war stark geröthet, die Zunge weissbelegt. Die linke Tonsille war so stark geschwellt, dass sie die Uvula bis an die ebenfalls geschwellte rechte Tonsille drängte. Die linke Tonsille war mit einem gelbweissen Belag bedeckt, welcher aus mehreren mit intensiv rothem Saum begrenzten grösseren oder kleineren Plaques besteht, zwischen denen die rothe Schleimhaut zu sehen ist. Nach Entfernung der Beläge kamen linsengrosse, roth umsäumte, am Grunde grau belegte Ulcerationen zu Sicht. An der linken Seite der Uvula nach vorn die Mittellinie überschreitend, waren 2 Aphthen ähnliche weissgelbe mit hellem Centrum und rothem Saum versehene Bläschen zu sehen. Nach einigen Tagen hatten sich die Geschwüre gereinigt und im Rachen waren als Spuren nur mehr einzelne geröthete Stellen bemerkbar.

2. M. K. war immer gesund, bewohnte ein kaltes feuchtes Zimmer, ihr Bettzeug war während des ganzen Tages in freier Luft, so dass sie sich oft am Abend in ein nasskaltes Bett legen musste. Eines Abends bekam sie einen Schüttelfrost. Nach 5 Tagen, während deren das Allgemeinbefinden durch Fieber, Kopfschmezren gestört war, stellten sich Schlingbeschwerden und Brennen im Halse und vermehrte Speichelsecretion ein. Der Kopfschmerz hatte nachgelassen, der Rachen war stark geröthet, besonders die rechte Tonsille war stark geschwellt. Am hinteren rechten Gaumenbogen 2 linsengrosse, weissgelbe Flecken von intensiv rothem zackigem Entzündungshof umgeben. Nach einigen Tagen Heilung, an Stelle der Herpeseruptionen noch etwas dunklere Färbung.

3. H. R., Akademiker, sehr zu Halsentzündungen disponirt. Eines Tages kam er vollständig durchnässt nach Hause, fühlte sich am Abend unwohl. Am nächsten Tage stellten sich leichte Fieberbewegungen ein. Gegen Abend nahm der Kopfschmerz bedeutend zu, in der Nacht stellten sich heftiges Kältegefühl, Hitze und Schlingbeschwerden ein. Am übernächsten Tage war der Rachen stark geröthet, die Uvula und beide Tonsillen geschwellt. Auf der rechten Mandel waren an den prominirenden Stellen einzelne disseminirte, stecknadelkopfgrosse, grauweisse, dunkelroth umsäumte Bläschen sichtbar. Nach einigen Tagen traten an Stelle der Bläschen Erosionen auf und nach einigen weiteren Tagen erfolgte Heilung.

Als Ursache des Zoster wurde von v. Baerensprung[1]) eine Erkrankung der Intervertebralganglien bei den spinalen Nerven, des Ganglion Gasseri beim Trigeminus angenommen. Diese Annahme wurde durch Obductionsbefunde bestätigt. Schon makroskopisch kann man Hyperämie und Hämorrhagie des periganglionären und intraganglionären Fettes und Bindegewebes, ferner eine Exsudation, Hämorrhagie in die Ganglienkapsel und Ganglienzellen erkennen und mikroskopisch kann man eine Neuritis und bedeutende Gefässinjection nachweisen.

Eine ganze Reihe Fälle sind von v. Baerensprung beschrieben worden.

1. Caroline Schönmann erkältete sich beim Waschen und erkrankte mit heftigem Fieber. Die rechte Tonsille, die rechte Hälfte des Gaumensegels waren entzündet und mit einer Reihe von weissen Exsudaten bedeckt. Die linke Tonsille und die linke Seite des weichen Gaumens waren nicht entzündet. Das Zahnfleisch an der rechten Seite des Oberkiefers schwoll während der folgenden Tage ziem-

1) v. Bärensprung, Charité-Annalen. 1861—63.

lich stark an, zeigte eine blaurothe Farbe und einzelne weisse Flecke, die nur in Epithelauflagerungen zu bestehen schienen. Dabei war starker Speichelfluss vorhanden, Sausen und Schwerhörigkeit des rechten Ohres. Das Fieber liess bald nach, doch der Schmerz beim Schlucken blieb einige Tage länger mit ziemlicher Heftigkeit bestehen. Bald schossen am rechten Mundwinkel eine Gruppe stecknadelkopfgrosser herpetischer Bläschen auf, von denen sich auch einige auf die Schleimhaut des Mundes ausbreiteten. Alle diese Blächen waren nach 3 Tagen eingetrocknet und mit braunen Krusten bedeckt. Die weissen gruppirten Auflagerungen auf der Schleimhaut des Gaumens, der Mandel und des Zahnfleisches hatten sich schon einige Tage früher mit Zurücklassung kleiner Erosionen, die bald verheilten, verloren. Die in diesem Falle durchaus halbseitige Eruption entsprach also der Ausbreitung der Gaumen-, Zahnfleisch- und Lippenäste des Ramus secundus Trigemini.

2. Frieda Rabe, 17 Jahre alt, erkrankte unter den Erscheinungen einer heftigen Angina tonsillaris. Bei der Untersuchung ergab sich, dass nur die linke Mandel stark entzündet und mit Exanthem bedeckt war. Blutegel und Breiumschläge bewirkten wenig Linderung. Nach Verlauf von 2 Tagen bildete sich eine Gruppe von Blächen an der linken Seite der Ober- und Unterlippe, so dass die eine Wange mit weissen aphthösen Erosionen bedeckt war. Nach 4—5 Tagen trat Heilung ein.

3. Luise Schmid, 4 Jahre alt, hatte am Tage vorher Hitze und grosse Unruhe. Das linke Zahnfleisch und die linke innere Wangenfläche waren mit Aphthen bedeckt.

Beide Fälle waren halbseitig im Gebiete des 2. Trigeminusastes. Gaumen und Tonsillen blieben verschont.

4. Ein 18jähriger junger Mann bekam ohne irgend welche Vorboten Gruppen von Bläschen, die sich von der Mitte der Unterlippe bis zum Kinn erstreckten und in 4 Reihen angeordnet waren. Davon reichten die oberste und unterste genau bis zur Mittellinie, die beiden mittleren überschritten sie. Die Eruption beschränkte sich in diesem Fall auf die Stelle, wo der Nervus mentalis des Trigeminus aus dem Foramen mentale an die Oberfläche tritt und sich in 3—4 Zweige gespalten in der Haut des Unterkiefers verzweigt.

5. Herr v. N., 62 Jahre alt. Die rechte untere Wange und das rechte untere Augenlid waren stark geröthet, es traten zahlreiche Bläschen auf der Wange auf, die auf die Mundschleimhaut übergriffen.

Die Eruption entsprach also in diesem Falle mit grosser Genauigkeit dem Verbreitungsgebiet sämmtlicher Hautäste des Ram. II des Trigeminus und breitete sich zugleich auf einen kleinen Theil des dazu gehörigen Schleimhautgebietes aus.

6. Ein 70 Jahre alter Kranker hatte mehrere Tage lebhafte Schmerzen in der linken Hälfte des Gesichts. Unter ziemlich hohem Fieber begann eine Eruption einer Bläschengruppe auf der Stirn, der Backe und der Umgebung der Nase. Zugleich wurde auch die Schleimhaut der linken Hälfte des oberen zahnlosen Zahnfortsatzes und die innere Fläche der linken Backe mit isolirten oder gruppenweise vertheilten Bläschen bedeckt, zwischen denen sich einige unregelmässig vertheilte Bläschen befanden. Auch an der linken Hälfte der Gaumenwölbung erkannte man einige Bläschen, am dichtesten standen sie am Zahnfortsatz. Sämmtlich waren sie von einem rothentzündeten Hof umgeben. Die der Eruption vorausgegangenen Schmerzen dauerten noch einige Tage fort.

7. Ein 27jähriger Mann bekam nach stechenden Schmerzen an der Zunge eine Bläscheneruption auf der linken Backe, die linke Zungenhälfte war stark ge-

schwellt, die rechte Zungenhälfte normal. Nach einigen Tagen gingen die Erscheinungen zurück.

8. Zoster im Gebiet des 2. Trigeminusastes rechterseits. Es waren der rechte Nasenflügel, das rechte Nasenloch, der rechte Mundwinkel, die rechte Backe und das rechte Augenlid befallen. Der weitere Verlauf war der gewöhnliche.

9. Angina zosterica von Laboulbène[1]) beobachtet. Ein kräftiger, gesunder Mann hat in Folge eines Luftzuges sich eine Halsentzündung zugezogen. Fieber, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit der Gliedmassen bekunden die allgemeine Reaction. Auf der rechten Tonsille findet sich ein weisses Exsudat von einem stark gerötheten Hof eingefasst; der Arcus glosso-palatinus derselben Seite ist ebenfalls von einer unregelmässig ausgezackten Exsudatschicht bedeckt. An der Oberlippe über dem rechten Mundwinkel ist ein Herpes labialis entwickelt.

Ein in seiner Aetiologie von den bisher erwähnten Fällen vollständig verschiedener und daher doppelt interessanter Fall wird von Remak[2]) mitgetheilt.

Ein Dr. juris war an rechtsseitigen Ohrenschmerzen und darauf an Facialislähmung erkrankt. 3 Tage später schossen am Zungenrande in seinen vorderen 2 Drittel schmerzhafte Bläschen auf, die sich am folgenden Tag noch vermehrten und bis zum 9. Tag vollständig abheilten, ohne eine Sensibilitäts- oder Geschmacksstörung der betreffenden Zungenhälfte zu hinterlassen. Nirgends im Gesicht oder Hals Sensibilitätsstörung oder Herpeseruption.

Hier handelte es sich um eine typische, schwere, rheumatische Facialislähmung, deren Ausgang bei einer für Lähmung des Musc. stapedius sprechenden zeitweiligen Feinhörigkeit oberhalb des Abgangs seines Nervenastes innerhalb des Canalis Fallopii anzunehmen ist. Es fand sich aber nicht, wie erwähnt, die bei dieser Localisation als Symptom der Chordabetheiligung sonst auftretende Geschmacksalteration der entsprechenden vorderen Zungenhälfte, sondern gleichsam vicariirend dafür eine typische Zostereruption der betreffenden Zungenregion. Remak fasst demnach in diesem Fall den Zoster lingualis als eine eigenthümliche Aeusserung der neuritischen Betheiligung der Chorda tympani innerhalb ihres Verlaufs in der Bahn des Facialis auf.

Im Folgenden soll nun ein zusammenfassendes Bild des Herpes der Mundhöhle gegeben werden mit einem kurzen Rückblick auf die historische Entwicklung seiner Lehre.

Die Angina herpetica wurde von Bretonneau[3]) von der Rachendiphtherie getrennt und unter dem Namen Angine couenneuse beschrieben. Die Bezeichnung Angina herpetica wurde von Gubler[4]) in die Literatur eingeführt. Er unterschied eine Form, bei welcher der Herpes primär ohne weitere Complicationen auftritt und eine zweite, bei welcher sich die Bläscheneruption im Rachen zu einer Entzündung der Tonsillen und zu

1) Charitéannalen. 1861.

2) Remak, Monatshefte für Dermatologie. 1885. V.

3) Herzog, Ueber Herpes zoster d. Mundhöhle. Pester med. chir. Presse. 1880.

4) Gubler, Mémoire sur l'Herpes Guttural Bull. Soc. méd. hôp. 1857.

Herpes labialis hinzugesellt. Als Charakteristica der Angina herpetica sah er den Ausbruch der Bläschen und ihre Aetiologie an, die in Erkältung, in localen Reizen durch stark gewürzte Speisen, Rauchen und alkoholische Getränke besteht. Durch die Beobachtung eines Kranken, der gleichzeitig von einem Zoster ophthalmicus und labialis befallen war, kam er auf die Vermuthung einen Zusammenhang zwischen beiden anzunehmen und nannte als Ursachen trophoneurotische Störungen.

Diese Anschauung wurde durch Ollivier[1]) bestätigt. Eine grosse Anzahl der als Herpes beschriebenen Erkrankungen ist nach seiner Ansicht nichts anderes als ein Zoster des 2. Trigeminusastes, denn nach den Beobachtungen sitzen die Anginen meist nur auf einer Seite, ausserdem spricht noch für Zoster die Gruppirung der Bläschen, die Aetiologie, der Ausbruch, der Weg und die Begrenzung dieser Affection. Die Ansichten v. Baerensprung's und Gerhard's sind bereits früher erwähnt.

Nach Herzog[2]) braucht jedoch die Ursache des Zoster nicht allein in einem centralen Reize zu liegen, auch die periphere Reizung eines Nerven, welcher Ganglienfasern enthält, kann einen beschränkten Zoster zur Folge haben, selbst die Möglichkeit einer bloss reflectirten Affection muss zugestanden werden. Herzog macht für den Zoster Reizungen des Ganglion spheno-palatinum in der Flügelgaumengrube am Foramen spheno-palatinum verantwortlich, da dieses durch die N. spheno-palatini (Rad. sens. d. Gangl.) mit dem Ramus secundus des Trigeminus zusammenhängt. Ferner dürften Irritationszustände des Ramus pharyngeus, des Nerv. nas. post., des Nerv. palat. descend. und vor allem des Vidianus ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Angina herpetica abgeben. Es spricht für diese Auffassung die Lage dieses Ganglions, seine Verbindungen und Verzweigungen, die Localisation des Herpes am Isthmus faucium, ferner seine Ausbreitungsweise, wobei er höchst selten auf den Larynx, häufiger auf die Nasenhöhlen, auf die Schleimhaut des Mundes, der Wange, der Zunge und des Gesichts weiter kriecht, sein meist einseitiges Auftreten und die im Anfang der Angina herpetica so heftig auftretenden Kopfschmerzen, wie wir sie bei Meningitis gewohnt sind. In den viel selteneren aber intensiveren Fällen bei Complicationen mit Herpes ophthalmicus oder universalis werden wir die Affection weiter rückwärts, etwa in das Gangliom Gasseri, ja sogar in das Centralnervensystem zurückverlegen müssen.

Der Beschreibung des Herpes zoster seien nun einige klinisch ganz ähnlich verlaufende Krankheitsbilder vorausgeschickt.

1. Die acute Angina lacunaris, gewöhnlich follicularis genannt. Sie erzeugt bei Individuen mit grossen Tonsillen Frostanfälle. Sie kann wie die Angina herpetica die nämlichen ätiologischen Microben haben, nämlich Staphylo- und Streptococcen, unterscheidet sich aber durch die in jedem Stadium der Krankheit fehlende Bläschenbildung. Die weissen Punkte sind nicht geplatzte Bläschen, sondern die Produkte einer in der Tiefe der

1) Pester med. chirurg. Presse. 1880.
2) ebenda.

Crypten vor sich gehenden Desquamation, weiche pseudokäsige Massen, unter denen die Schleimhaut niemals Excoriationen mit gezackten Rändern zeigt.

2. Pseudoherpes des Pharynx und Larynx. Zuweilen kommen auf der Schleimhaut des Pharynx und Larynx Bläscheneruptionen zur Beobachtung, die mit der als Herpes bekannten Affection grosse Aehnlichkeit haben. Dieser Umstand gab Veranlassung die Affection als Pseudoherpes zu bezeichnen. Diese im Ganzen seltene Affection ist durch Fischer[1]) beschrieben worden. In Aussehen und Grösse gleichen diese Bläschenbildungen ganz den herpetischen. Man findet mohnkorn- bis linsengrosse von einem stark rothen Hof umgebene und mit einem trüben Inhalt gefüllte Bläscheneruptionen, die theils zerstreut, theils in Gruppen auf der geschwollenen und diffus gerötheten Schleimhaut sitzen. Hinsichtlich ihres Bestandes sind sie von demselben ephemeren Charakter, wie die Herpesbläschen, indem sie schnell platzen und kleinere oder grössere oberflächliche Substanzverluste hinterlassen. Kommt die Affection möglichst früh in unsre Beobachtung, so können wir noch die intakten Bläschen wahrnehmen: in einem spätern Stadium finden wir entweder Bläscheneruptionen neben bereits zerstörten derartigen Gebilden vor, oder haben wir es nur mehr mit geborstenen Bläschen zu thun, durch deren an der Peripherie der Substanzverluste hängende, grauweisse, zarte Decken die Schleimhautoberfläche ein rauhes, filziges Aussehen erhält. Diese geringe Beständigkeit der Efflorescenzen hat ihren Grund in den Irritationsvorgängen, denen die Mund- und Rachenhöhle fortwährend ausgesetzt ist und denen die dünnen Bläschendecken nicht Stand zu halten vermögen. Nur an jenen Stellen, wo Reize weniger leicht einwirken können, wie dies z. B. an der laryngealen Fläche der Epiglottis oder im Innern des Larynx der Fall ist, zeigen sie sich von längerer Dauer.

Die Frage, worin der Unterschied zwischen dieser Erkrankung und der herpetischen liegt, wird uns durch ihre eigenthümliche Localisation beantwortet.

Während der Herpes des Pharynx und Larynx halbseitig aufzutreten pflegt, ohne dass sich aber eine besondere Vorliebe für die eine oder andre Seite geltend macht und dadurch seinen neuropathischen Ursprung wahrscheinlich macht, ergeben sich bei dieser Affection andre Verhältnisse, indem dieselbe auf den Schleimdrüsenlagern des Pharynx und Larynx sich entwickelt. Dementsprechend entfaltet sich der Process dort am höchsten, wo die meisten Schleimdrüsen liegen, ein solches Bild prägt sich am weichen Gaumen besonders an der Uvula aus, die von Bläscheneruptionen vollständig bedeckt sein kann.

Was das pathologisch anatomische Wesen dieser Erkrankung betrifft, so haben wir es zweifellos mit demselben Processe zu thun, den Wagner[2]) bei den Entzündungen des weichen Gaumens gelegentlich der akuten

---

1) Fischer, Ueber Pseudoherpes. Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 16.
2) Ziemssen, Spec. Path. u. Therapie. VII. Bd.

katarrhalischen Angina erwähnt, wo er von einem Eiterungsvorgange „in dem Epithel der obersten Ausführungsgänge der Schleimdrüsen und ihrer Umgebung“ spricht, nur dass wir ihn hier in grösserer In- und Extensität auftreten sehen, indem zahlreiche Bläschen den Pharynx und Larynx occupiren können. Derselbe Autor weist auch darauf hin, dass die Affection sich nach Art der Schleimdrüsen localisirt und grosse Aehnlichkeit mit der herpetischen zeigt. Wie schon bemerkt ist die Schleimhaut bei der Erkrankung immer mehr oder minder gradig betheiligt, sie ist geschwellt, diffus geröthet, ja in seltenen Fällen sogar ödematös.

Was die Ursache der Entstehung der Erkrankung betrifft, so erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass dieselbe durch eine specifische Reizwirkung veranlasst wird. Hauptsächlich wurde sie bei Tabakrauchern beobachtet. Es lag die Annahme nahe, dass der Abusus im Rauchen unter gewissen Bedingungen dieselbe veranlassen kann. Erwerben nämlich solche Individuen aus irgend einer Ursache eine entzündliche acute Veränderung der Schleimhaut ihres Rachens und der nächstliegenden Theile, so ist es nicht unmöglich, dass dann der fortgesetzte Missbrauch des Tabakrauchens durch die sich dabei geltend machenden chemischen oder thermischen Reize die erwähnte Eiterung resp. Bläschenbildung um die Drüsenlagen produciren kann. Die Dauer der Affection ist eine verhältnissmässig kurze, innerhalb 10—14 Tagen kann dieselbe einem normalen Status Platz gemacht haben.

3. Das schon erwähnte Ulcus benignum von Heryng.

4. Die acuten Nachschübe im Verlauf der durch Leptothrix bewirkten Pharyngomycose. Diese Affection wurde durch Fränkel[1]) in der Literatur bekannt und ist eine ziemlich häufige und fast immer verkannte Krankheit. Gewohnheitsmässige Reize rufen eine leichte erythematöse Angina hervor, welche schon bei der ersten Untersuchung den Blick des Arztes auf den Hals lenkt. Das ungewohnte Aussehen dieser Gegend verfehlt nicht, auf die Diagnose Angina herpetica zu führen; doch gleichen die weissen Punkte in nichts geplatzten Bläschen, sie sind blendend weiss, springen einzig und allein aus den Crypten hervor, indem sie Vorsprünge von hornartiger Consistenz bilden, sie wurzeln sich dort so fest ein, dass man sie einzeln mit der Pincette losreissen muss, wenn man sie entfernen will. Mit dem Mikroskop sieht man die charakteristische Verfilzung der Leptothrixfäden mit Epithel vermischt.

Im übrigen giebt die Anamnese und der Verlauf der Erkrankung Grund genug, die Diagnose Angina herpetica wieder zurückzunehmen, da die Punkte Wochen, selbst Monate lang unverändert bleiben.

Trotzdem nun diese vier erwähnten Krankheitsbilder vorausgeschickt sind, bleibt für den Herpes der Mundhöhle kein einheitliches Krankheitsbild. Neue Forscher wie Schmidt[2]), Bride[3]) und Lub-

1) Eulenburg's Encyclopädie. Pharynx-Krankheiten. XIII. 2.

2) M. Schmidt, Krankheiten der oberen Luftwege.

3) P. Mc Bride, Herpes zoster of the hard palate. The Edinburgh clin. and pathol. Journ. 1884.

linsky[1]) unterscheiden daher 2 Formen, während von früheren 3 Formen unterschieden wurden.

1. Die infectiöse Form, welche der Angina herpetica entspricht, mit ihrem heftigem Verlauf und ihren Bläscheneruptionen im ganzen Hals ohne bestimmte Anordnung.

2. Die trophoneurotische Form, welche dem Zoster pharyngis entsprechen würde mit weniger raschem Verlauf, mit halbseitiger Ausbreitung des Herpes, die dem Verlauf eines bestimmten Nerven folgt.

3. Endlich eine chronische, recidivirende Form, die vielleicht denselben Ursprung wie der Zoster hat, weil seine Nachschübe bei dem nämlichen Individuum gerne dieselbe Stelle befallen; er unterscheidet sich ferner von der infectiösen Angina herpetica durch das Fehlen von Reactionserscheinungen und seinem Auftreten an einer bestimmten Stelle, an welcher der Herpes immer und immer wieder zu recidiviren pflegt.

Diese Unterscheidung wird noch unterstützt durch eine genaue Betrachtung der klinischen Symptome der 3 verschiedenen Formen.

1. Bei der Angina herpetica spielt der Schüttelfrost eine grosse Rolle, der ihr ca. 48 Stunden vorausgeht. Der Schüttelfrost scheint bei dieser Infectionskrankheit die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen Mikroben zu schwächen, die gewöhnlich die Mundhöhle als unschädliche Gäste bewohnen. Die Angina herpetica ist eine Infectionskrankheit und tritt, wie früher erwähnt, auch in kleinen Epidemien auf.

Klinisch unterscheidet sich die Angina herpetica vom Zoster

a) durch ihr rasches Auftreten mit Kopfschmerz, welcher die Aufmerksamkeit vom Halse ablenkt,

b) durch ihren stürmischen Verlauf wärend ihrer kurzen Dauer, die sich auf 4—5 Tage erstreckt,

c) durch ihre häufigen Recidive,

d) durch die Ausbreitung der Bläschen, welche, einige Fälle ausgenommen, sich im ganzen Halse ausbreiten, manchmal den Nasenrachenraum und den Larynx erreichen; sehr oft begleitet Herpes labialis die Erscheinungen im Pharynx; manchmal breiten sich die Bläschen noch viel weiter aus; es kann zu gleicher Zeit Herpes vulvae und praeputii vorkommen.

Im Allgemeinen bezeichnet man einen doppelseitigen Herpes als Angina herpetica und einen halbseitigen als Zoster pharyngis, obwohl auch Ausnahmen vorkommen. Während aber der Zoster das Verbreitungsgebiet eines Nervenastes innehält, hat die Angina herpetica ihren Sitz gewöhnlich im vorderen Pharynxtheil, sie überschreitet die Grenzen der benachbarten Nerven, des Trigeminus, des Glossopharyngeus, des Vagus, abgesehen von einigen verirrten Bläschen, welche sich auf den Lippen finden. Die Tonsillen, wo sich die Endäste des Trigeminus, des Glossopharyngeus und Vagus kreuzen, sind oft der grösste Entzündungsherd.

2. Zoster pharyngis oder buccopharyngeus. In seiner Aetiologie spielen

---

1) Lublinsky, Sitzungsber. d. Berliner laryng. Gesellsch. 1890. 31. Oct.

locale Reize, wie Tabak und Alkohol sie bewirken, eine grosse Rolle. Doch ohne Frage ist die Affection trophoneurotischen Ursprungs, ohne dass man die Läsion im Ganglion spheno-palatinum bestimmen kann. In einigen Fällen breitet sich die Affection auf der Schleimhaut aus, die durch Aeste des Nervus maxillaris superior innervirt sind, welche nicht das Ganglion Mekelii passiren, doch ist es ohne Autopsie schwer zu sagen, ob es sich um eine Neuritis oder um eine centrale Störung handelt.

Der Zoster pharyngis hat als wichtigstes klinisches Merkmal seine Beschränkung auf das Gebiet des 2. Trigeminusastes. Es giebt auch einen Zoster des 3. Trigeminusastes, der das Zahnfleisch und die Zunge befällt und uns folglich hier nicht weiter interessirt. Der Zoster des 2. Trigeminusastes ist niemals von einer Affection in der Haut der Oberlippe begleitet. Er nimmt wie die von Kahn beschriebenen und schon citirten Fälle zeigen, eine Hälfte des Gaumens, Gaumensegels und Zäpfchens ein. Oft sind nur 1—2 Bläschen ausgebildet, die durch den Sitz am vorderen Gaumenbogen, leicht mit Aphthen oder dem Ulcus benignum von Heryng verwechselt werden können.

In zweiter Linie ist der Verlauf des Zosters verschieden von dem der Angina herpetica. Die Zostereruption beginnt nicht so urplötzlich mit Schüttelfrost, Kopfschmerz und Fieber wie die Angina herpetica. Sie tritt im Gegentheil unvermerkt, mit leichtem Fieber und geringen Allgemeinerscheinungen auf. Allmählich nimmt der Schmerz zu und kann sehr lebhaft werden. Wenn die Bläschen geplatzt sind, tritt ein leichtes Brennen beim Schlucken ein, während die sonstigen Schmerzen nachgelassen haben. Bei der Angina herpetica ist der Halsschmerz oft im Anfang so gering, dass er neben dem Kopfschmerz verschwindet, er nimmt zu und erreicht den Höhepunkt zu gleicher Zeit, wenn die Läsionen im Halse ausgesprochen sind. Der Zoster hat eine längere Dauer, 15—20 Tage, recidivirt aber niemals.

3. Der recidivirende Herpes, ähnlich z. B. dem Herpes genitalis, mit dem er oft zusammenfällt. Sein periodischer recidivirender Charakter genügt, um ihn zu erkennen. Hierher gehört der Herpes gutturalis menstrualis der Frauen, der sich bei ihnen manchmal bei jeder Periode wiederholt, mit der Pubertät beginnt und bis zur Menopause dauert. Man kann ihn auch bei Syphilitikern beobachten, die von Plaques befallen waren, bei denen er durch jeden Reiz, durch Tabak, Alkohol etc. entsteht. Die Affection ist unheilbar.

Die Nachschübe verlaufen ohne Störungen des Allgemeinbefindens, mit leichten Schmerzen, die beim Schlucken sehr zunehmen und dasselbe ganz unmöglich machen können. Die Bläschen bestehen 8—10 Tage.

Es handelt sich nach Lublinsky[1]) und Flatau[1]) um eine dauernde Läsion der Peripherie oder der Centralorgane. Zur Unterstützung ihrer Ansicht verweisen sie darauf, dass die Affection immer wieder dieselbe Stelle befällt.

---

1) Sitzungsbericht d. Berliner laryng. Gesellsch. 31. Oct. 1890.

Bisher haben wir gesehen, dass die halbseitige Affection des 2. Trigeminusastes nicht allzu häufig beobachtet wurde. Und gerade die Halbseitigkeit des Zoster wird von Bärensprung[1]) als Hauptcharakteristikum angesehen.

Doch sind einige Fälle von doppelseitigem Herpes berichtet. Robertson[2]) beobachtete einen Fall von doppeltem Zoster des Auges, Hebra[3]) 2 Fälle von doppeltem Zoster im Verlauf des Facialis. 2 Fälle von doppelseitiger Affection des Trigeminus sind von Moers[4]) berichtet, wovon einer auf die Mundschleimhaut übergreift.

Der Fall Moers betraf ein 21 Jahre altes chlorotisches Mädchen, das schon einige Tage an heftigen Kopf- und Magenschmerzen litt. Bei der ersten Untersuchung fielen gleich Gruppen von Borken auf Wange, Ober- und Unterlippe und am Kinn auf, diese sind nach der Anamnese aus Bläschen entstanden, die einige Tage vorher nach heftigem Kopfschmerz und Brennen im Gesicht sich eingestellt hatten. Bei genauerer Besichtigung zeigte sich zunächst eine Gruppe von Borken unter dem rechten Auge, dicht unter der Austrittsstelle des Nerv. infraorbitalis. Schräg darunter, der Mittellinie genähert, stand eine zweite und etwas tiefer und mehr nach aussen eine 3. Gruppe, ebenso zeigte sich am Nasenflügel derselben Seite um den Mundwinkel herum eine dichte grosse Gruppe. Auf der Oberlippe standen noch an zwei Stellen dicht gedrängte Borken beisammen und auf dem Kinn und der Unterlippe noch weitere vier.

Auf der linken Seite der Wange stand eine Gruppe dicht unter dem Nasenflügel, jedoch etwas nach aussen. Eine 2. neben dem Nasenflügel auf der unteren Seite bis auf die Oberfläche reichend, auf welcher ebenfalls an einer Stelle die Borken dicht beisammen standen. Entsprechend der anderen Seite, nur nicht so reichlich, war die Gruppirung um den Mundwinkel, auf der Unterlippe und dem Kinn. Die Zunge war mit ziemlich dickem reichlichen Belag versehen, an der Spitze jedoch, wie an den Rändern, sowie auf dem harten und weichen Gaumen, dem Zahnfleisch und der Wangenschleimhaut standen Gruppen von flachen, linsengrossen, catarrhalischen Geschwürchen.

Dass wir es auch in diesem Fall mit einer Gürtelrose zu thun haben, zeigen sowohl der Verlauf der Krankheit, wie auch die Anordnung der Geschwürchen im Munde und Rachen. Afficirt waren in diesem Falle nur Zweige des 2. und 3. Astes des Trigeminus und zwar von ersterem die Rami pharyngei und palatini, sowie der Infraorbitalis, von letzterem nur der Ramus mentalis, dentalis und lingualis. Auch in diesem Falle war nach einigen Tagen der Krankheitsprocess vollständig beendet.

Moers ist ferner der Ansicht, dass bilaterale Zoster des Gesichts vielleicht öfter vorkommen, wenn auch nicht so leicht kenntlich wie in den von ihm beschriebenen Fällen. Es möchte sich vielleicht hie und da eine der für Crusta lactea u. s. w. angesehenen Krankheitsformen bei genauerer Betrachtung als zu den Gürtelerkrankungen gehörig erweisen und sich dann der Schluss ziehen lassen, dass die Halbseitigkeit zwar das Gewöhnliche, jedoch nicht das einzig vorkommende ist.

---

1) v. Bärensprung, Charité-Annalen.
2) Robertson, Lancet. Juillet 1888.
3) Moers, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1867. S. 162.
4) Ebenda.

Ein zweiter Fall von doppelseitigem Zoster des Mundes wird von Lermoyez und Barozzi[1]) beschrieben.

Bei einem 68jährigen Greis traten Schmerzen beim Kauen auf. Allgemeinsymptome waren keine vorhanden. Bei der Untersuchung findet man eine diffuse Röthung der Mundschleimhaut, die Zunge, das Zahnfleisch der unteren Zähne, die Tonsillen und die hintere Rachenwand sind frei von dieser Röthung. Auf der ganzen gerötheten Fläche standen Plaques mit gezackten Rändern, in der Mitte von Gefässen durchfurcht, von schmutziggrauer Farbe, symmetrisch auf beiden Seiten des Mundes, in der Mitte entsprechend der Mittellinie ein freier Raum. Ueber jedem der Plaques finden sich zum Theil bläschenförmige Elemente mit wasserklarem, zum Theil gelbgrünlichem Inhalt. Andere hinwiederum sind geplatzt und zeigen eine seichte Erosion mit rothen und gezackten Rändern. Auf der Oberfläche des Zahnfleischs, an der Zahnfleischlippenfurche bilden diese bläschenförmigen Gruppen einen richtigen ausgesprochenen symmetrischen Gürtel beiderseits, die sich nach vorn bis fast zur Mittellinie erstrecken.

Die Funktionsstörungen bestanden, wie erwähnt, in Hitzegefühl mit Brennen und Prickeln beim Versuch zu essen. Es fehlten Allgemeinerscheinungen wie Fieber, Kopfschmerz, Mattigkeit, Durchfall, Erbrechen, Appetitlosigkeit etc. Der Kranke klagte über grossen Durst, der Urin war frei von Eiweiss und Zucker. Nirgends am Körper fanden sich sonst Erosionen, der Lippenrand war frei von Herpes.

Im weiteren Verlauf der Krankheit traten neue Bläscheneruptionen auf der linken Mundhälfte auf, die alten platzten, die seichten Erosionen heilten nach wenigen Tagen und nach 4 Wochen trat vollständige Heilung ein.

Vielleicht hatte sich der Kranke, der ein künstliches Gebiss trug, durch dasselbe eine kleine Verletzung zugezogen. Im Uebrigen stützten die Diagnose Herpes zoster seine symmetrische Anordnung, die Regelmässigkeit seiner beiderseitigen Vertheilung, die dem Verlauf der Nervenäste zum Theil der vorderen Gaumennerven entspricht, sein schubweises Auftreten; besonders der letzte Schub, der sich auf die linke Seite beschränkt und genau in der Mittellinie endet, kommt der Diagnose sehr zu statten. Die beiden Zoster sind symmetrisch, aber nicht gleichzeitig gewesen, der linke später als der rechte.

Diesen beiden Fällen bin ich in der Lage, einen 3. beizufügen, der von Herrn Dr. Haug beobachtet wurde.

Es handelte sich um eine 38jährige Frau, die im Allgemeinen gesund, aber sehr nervös war. 4 Jahre vorher hatte sie einen linksseitigen Zoster pectoralis gehabt, wie sich aus der Anamnese entnehmen lässt. Seit 2 Tagen klagte sie im Anschluss an eine angebliche Erkältung, an welche sich lebhafte Zahnschmerzen diffus in beiden Oberkiefern angeschlossen haben sollen, über ein Gefühl von intensivem Brennen am Gaumen, das sich vergesellschaftet habe, mit starken stichartig durchblitzenden Schmerzen. Die Nahrungsaufnahme ist beeinträchtigt, da Flüssigkeiten und Speisen, insbesondere warme oder schärfer gewürzte (saure etc.) Speisen einfach nicht mehr aufgenommen werden können wegen der unerträglichen Schmerzen bei der Einführung; jede irgend consistente Nahrung verursacht förmliche Anfälle, sodass blosse gekühlte Milch eventuell mit Ei und Aehnliches zur Nahrung dienen musste. Auch besteht ziemliche Empfindlichkeit während des Schluckaktes selbst, sowie ausserdem noch Klagen über Stechen in beiden Ohren angegeben werden. Ueber eine Minderung des Hörvermögens wird nichts gesagt,

---

1) Un cas de Zona duble pharyng. Bulletins et mémoires de la Societé médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 12. Février 1897.

dagegen ein Gefühl des Vollseins und zeitweiligen Pulsirens in den Ohren hervorgehoben.

Die Untersuchung vom 10. Juli 1896 ergab folgende Verhältnisse. Wangenschleimhaut beiderseits absolut normal; an der Zunge gar keine Veränderungen. Dagegen erweist sich der harte Gaumen auf beiden Seiten von der Medianlinie bis auf den weichen Gaumen und die Tonsillargegend von einer pathologischen Röthe eingenommen, auf deren Basis sich über linsengrosse bis fingernagelgrosse, stärker geröthete, insuläre Partien gebildet haben, die in fast mathematisch genauer Anordnung auf beiden Seiten gleichmässig ausgesprochen, einen unverkennbaren, absoluten Parallelismus kund gebend, sich als deutliche annähernd kreisförmige oder halbkreisförmige Eruptionen von stecknadelkopfgrossen Bläschen repräsentiren, deren Inhalt theils hell, theils gelblich getrübt ist. Ein Theil der Bläschen ist bereits aufgeplatzt und es zeigen sich an ihrer Stelle kleine rundliche, theils isolirte, theils confluirende Substanzverluste im Epithelstratum.

Gehen wir nun zur näheren Localisation dieser vesiculösen Eruptionen über, so sehen wir von vorne nach hinten vorgehend, je eine Bläschengruppe hart neben der Raphe direct hinter den beiden vorderen Schneidezähnen, die zweite weiter nach hinten gerückt. Je zwischen den Back- und Molarzahnregionen, die dritte neben den letzten Mahlzähnen, die vierte die Uvula in die Mitte nehmend, nach rechts und nach links in den weichen Gaumen ausstrahlend und endlich die fünfte gerade über der Tonsillengegend, diese von hinten und oben zu nach vorn übergreifend. Es sind also die Bläschengruppen in fast genauem Parallelismus zu einander angeordnet. Die übrigen Mundtheile, Zungen-, Wangenschleimhaut, Zahnfleisch, Rachen zeigten ein vollständig normales Verhalten, ebenso ist im Nasenraume, sowie im Larynx alles Ordnung.

Allgemeinerscheinungen (Fieber etc.) sind keine vorhanden. Die Kranke ist lediglich durch die unangenehmen Sensationen am Gaumen molestirt.

Patientin wurde angewiesen, den Mund ordentlich oft auszuspülen und alles Heisse und Reizende zu vermeiden. Tags darauf war die Ausdehnung der Gruppen eine weitere, indem sie nach Platzen der meisten Bläschen confluirten und mit Ausnahme der einen Gruppe zwischen Back- und Mahlzähnen links, sämmtliche zu seichten Geschwüren umgewandelt waren. Ursache hiefür war wahrscheinlich ein willkürliches häufig wiederholtes Andrücken der Zunge an den harten Gaumen mit nachfolgendem Drübergleitenlassen über die Bläschen. Die subjectiven Empfindungen wurden hierdurch oft zu den stärksten Schmerzen umgewandelt. Diese hielten 2 Tage an in unverminderter Stärke, obwohl die die Geschwürchen umgebende reactive Röthe keineswegs zugenommen hatte. Im Laufe der nächsten 4 Tage reinigten sich die Ulcerationen von ihrem stellenweisen gelblichen Belag und am 12. Tag nach Beginn der Erscheinungen waren sämmtliche Efflorescenzen abgeheilt, nachdem die Schmerzen am 5. und 6. Tag cessirt hatten. Es fanden sich jetzt an Stelle der Eruptionsplaques nur noch ungefähr klein nagelgliedgrosse rothe, hyperämische Stellen. 8 Tage darauf war gar nichts mehr zu sehen. Ein Wiederholen einzelner Eruptionen oder der gesammten Attacke hat in dem Beobachtungszeitraume von 6 Wochen nicht stattgefunden.

Für die Diagnose Herpes zoster spricht in diesem Falle der klinische Verlauf der Krankheit und die Localisation der Bläschen. Während bei der Angina herpetica ziemlich bedeutende Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Mattigkeit, starke Benommenheit vorhanden sind, fehlten sie in unserm Falle vollständig, während dort der Eintritt ein plötzlicher ist, haben wir es hier mit einem mehr schleichenden Eintritt zu thun. Bei der Angina herpetica befällt die Affection

fast immer die Tonsillen, sie sitzt ferner immer im Pharynx und Larynx, sehr oft auch an den Lippen. In unserm Falle trat die Affection genau symmetrisch auf beiden Seiten des harten und weichen Gaumens auf und beschränkte sich auf das Gebiet des 2. Trigeminusastes respective des Ram. spheno-palatinus, palatinus anterior, maior und minor. Während die Angina herpetica in 4—5 Tagen abläuft, dauerte in unserm Falle die Krankheit ca. 14 Tage. Abgesehen jedoch von dieser Differenz, der Beginn- und der Begleiterscheinungen, bildet die genaue Beschränkung auf das Gebiet der erwähnten Nervenzweige des 2. Trigeminusastes die Hauptstütze der Diagnose Herpes zoster palati duplex.

Wenn wir die 3 Fälle kurz vergleichen, finden wir in Bezug auf die Anfangs- und Begleiterscheinungen keinen wesentlichen Unterschied.

Der Ausbruch der Bläschen fand in den Fällen von Haug und Moers gleichzeitig auf beiden Seiten statt, in dem Falle von Lermoyez und Barozzi war die Affection zwar symmetrisch, aber die Eruption fand nicht gleichzeitig auf beiden Seiten statt, sondern auf der linken Seite etwas später als auf der rechten.

Etwas grössere Differenzen zeigt die Localisation der Affection in den 3 Fällen. In dem von Moers zuerst beschriebenen Falle war nämlich die Herpeseruption des Gaumens von solcher der Zunge, des Zahnfleisches, der Wangenschleimhaut und der Ober- und Unterlippe mit ihrer nächsten Umgebung begleitet. In dem Falle von Lermoyez und Barozzi waren ausser dem Gaumen das Zahnfleisch, die Zahnfleischlippenfurche und die Wangenschleimhaut befallen. In Haug's Falle beschränkte sich die Affection auf den harten und weichen Gaumen allein. Die betheiligten Nerven waren in dem Falle von Moers der 2. Trigeminusast mit seinem Ram. palatinus und infraorbitalis und der 3. Trigeminusast mit seinem Ram. lingualis, mentalis und dentalis, in dem Falle von Lermoyez und Barozzi bloss der 2. Trigeminusast mit seinem Ram. spheno-palatinus, infraorbitalis, alveolaris posterior und palatinus anterior maior und minor, in Haug's Falle ebenfalls das Gebiet des 2. Trigeminusastes, aber nur der Ram. spheno-palatinus, palatinus anterior, maior und minor.

Die Heilungsdauer betrug in Moers Falle 14 Tage, in Haug's Falle ebenfalls 14 Tage, im Falle von Lermoyez und Barozzi 4 Wochen.

Wie erwähnt ist der Herpes zoster duplex eine seltene Erkrankung und wie aus Vorstehendem ersichtlich, ist speciell der Herpes zoster palati duplex sehr selten, da ausser den 3 beschriebenen Fällen weiter keine in der Literatur zu finden sind.

Und neben den 2 anderen Fällen ist Haug's Fall besonders deshalb erwähnenswerth, weil sich bei ihm die Affection auf den harten und weichen Gaumen allein beschränkte.

Zum Schlusse ist es mir noch eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Angerer für die liebenswürdige Uebernahme des Referats, sowie Herrn Privatdocenten Dr. Haug für die gütige Ueberlassung des Falles und die liebenswürdige Unterstützung meinen innigsten Dank auszusprechen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.